

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми
Сумський державний університет
2015

Частка цих пошкоджень у структурі всіх пошкоджень гомілковостопного суглоба становить від 10 до 31,3 %. Вони є одними з основних причин інвалідизуючих і несприятливих результатів лікування пошкоджень ділянки гомілковостопного суглоба. Незважаючи на велику кількість існуючих способів консервативного і хірургічного лікування цих пошкоджень, частка незадовільних результатів, за даними різних авторів, від 5 до 30%, при цьому інвалідність досягає 24-28%.

Нами були проаналізовані результати лікування 21 пацієнта з переломами кісточок із пошкодженням між гомілкового синдесмозу, які проходили лікування в ортопедо-травматологічному відділенні КУ СМКЛ №1.

Мета роботи: аналіз оперативних втручань залежно від складності перелому та визначення обсягу допомоги в амбулаторно-поліклінічній службі травмпункту та відділенні стаціонару.

Матеріали та методи: під час аналізу використовувалися амбулаторні картки, історії хвороб, рентгенограми виконані на різних етапах лікування.

До I групи відносяться 8 хворих з ізольованими неускладненими переломами кісточок.

До II групи відносяться 6 хворих з переломами кісточок та звихом стопи з розривом дистального між гомілкового синдесмозу.

До III групи відносяться 7 хворих з ускладненими переломами кісточок, після травматичними пухирями та після травматичними нейропатіями.

В якості фіксаторів при остеосинтезі переломів кісточок гомілковостопного суглоба використовували: гвинти, шпичі, накісткові пластини. Вибір методу лікування в окремому випадку був індивідуальним, базувався на стабільності перелому, наявності зміщення.

Середній термін зрощення з неускладненими переломами до 3 місяців, з ускладненими 4-5 місяців. Післяопераційний період протікав без ускладнень в усіх випадках.

Висновок. При вивченні даної патології, найбільш доцільним для пацієнтів I групи є лікування в амбулаторно-поліклінічній структурі, а пацієнтам II та III груп в більшості випадків показано лікування у травматологічному відділенні стаціонару.

ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРІВ РОСТУ В ЛІКУВАННІ ОБШИРНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК.

Попадинець В.М., аспірант

Науковий керівник – професор, д.мед.н., Дужий І.Д.

Сумський державний університет, Медичний інститут

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії

Лікування венозних трофічних виразок (ТВ) нижніх кінцівок – актуальна проблема сучасної хірургії. На хронічну венозну недостатність (ХВН) нижніх кінцівок страждає 25-30% жінок і 10-20% чоловіків. У 40-90% ХВН ускладнюється трофічними виразками (Е. М. Липницький, 2001; X. Kurz, 2005). За статистичними даними ТВ призводять до інвалідності і непрацездатності частіше, ніж туберкульоз, ревматизм і транспортний травматизм разом узяті (А. Г. Евдокимов, 2001). За висловом цього автора, хворі «змушені більше служити своїм ногам, ніж ноги їм».

Метою наших досліджень була розробка та удосконалення способів лікування поширених трофічних виразок нижніх кінцівок.

Матеріали і методи дослідження. В 2014 році на базі опікового відділення КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня» проведено лікування 5 хворих з поширеними трофічними виразками за допомогою аутоплазми збагаченої тромбоцитами (АПЗТ). Групу контролю склали 10 пацієнтів які мали такий же вік і такі ж трофічні виразки. Вони отримували стандартне лікування згідно клінічних протоколів.

У 1 пацієнта язви виникли внаслідок первинного варикозного розширення вен нижньої кінцівки, у 4 - внаслідок посттромбофлебітичного синдрому. Жінок було двоє, чоловіків – 3. Середній вік склав 74,6 роки.

Усім хворим основної групи для лікування використовувалась плазма збагачена тромбоцитами, яку отримували шляхом двохетапного центрифугування при 1000 об/хв. та 1500 об/хв. АПЗТ активували розчином 10% CaCl і після некректомії виразки вводили підшкірно у краї рани по розробленій нами методиці. АПЗТ вводили двохкратно, з інтервалом 10 днів. Ін'єкції проводили стерильним шприцем підшкірно у краї виразки, відступивши від краю приблизно 1 см.

Результати дослідження. У основній групі у 2 (33%) хворих з площею виразки до 10 см² вдалось домогтись повного заживлення виразки в середньому на 20 добу, тоді як у контрольній – на 35 добу.

Середній термін епітелізації трофічних виразок в основній групі склав 26,5 суток, а у контрольній – 87,7 суток.

Таким чином, використання плазми збагаченої тромбоцитами сприяє швидшому заживленню обширних трофічних виразок нижніх кінцівок і скороченню середнього ліжкодня, що має велике значення у лікуванні пацієнтів даної групи.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ВІД ТЯЖКОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Попович Ю.А., Шевченко О.С – студ.

Науковий керівник – к.м.н., доц. Шевченко В.П

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Зв'язок між тяжкою ЧМТ і гострими стресовими гастроінтестинальними виразками (ГСГІВ) добре відомий. Ще в 1932 році американський нейрохірург Harvey Cushing повідомив про високу частоту гастроінтестинальних ерозій, виразок і перфорацій у пацієнтів після операції з приводу пухлин головного мозку. Гострі поверхневі і множинні ураження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, що виникають у постраждалих з тяжкою краніальною травмою, стали епонімом імені Кушінга. За даними літератури вони спостерігаються у 30-70% постраждалих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і характеризуються схильністю до кровотеч і перфорацій. Виникнення виразкових кровотеч належить до життєво небезпечних ускладнень краніальної травми і супроводжується високою летальністю постраждалих. Можливо уявити, що частота розвитку ГСГІВ корелює з тяжкістю черепно-мозкової травми.

Мета роботи: Вивчити вплив тяжкості черепно-мозкової травми на частоту розвитку виразок Cushing –а, ускладнених кровотечею.

Матеріали і методи: Ретроспективно проаналізовані історії хвороб 571 постраждалих з ЧМТ різного ступеня тяжкості, які лікувалися в нейрохірургічному відділенні СОКЛ протягом 2014 року. Чоловіків було – 370 (64,8%), жінок – 201 (35,2), середній вік склав 42,3 ± 3,6 років. Ступінь тяжкості ЧМТ характеризували за коматозною шкалою Глазго (CGS). В алгоритм обстеження крім лабораторних досліджень включали: краніографію, ехоенцефалоскопію, КТ головного мозку, фіброгастродуоденоскопію.

Результати: Серед госпіталізованих струс мозку діагностовано у 340 (59,5 %) хворих, забій головного мозку у 165 (28,8%), внутрішньочерепну гематому у 67 (11,7%) хворих. За тяжкістю ЧМТ за CGS постраждалі розподілені наступним чином: у 164 (12,7%) – 13-15 балів, у 176 (30,8%) – 9-12 балів, у 190 (33,3%) – 6-8 балів, у 54 (9,5%) – 3-5 балів. Прооперовані 67 (11,7%) хворих з внутрішньочерепною гематомою. Шлункові кровотечі із ГСГІВ спостерігалися у 12 (2,1%) постраждалих з краніальною травмою без врахування її тяжкості. Аналізуючи частоту ГСГІВ залежно від тяжкості ЧМТ визначено: при 3-5 балів за CGS виразкові гастроінтестинальні кровотечі спостерігалися у 5 (9,25%) постраждалих, при 6-8 балів за CGS - у 5 (2,6%), при 9-12 балів за CGS - у 2 (1,2%) травмованих. Померли 9 хворих із ЧМТ. Загальна летальність склала 1,2%. Серед постраждалих із ГСГІВ, ускладнених кровотечею померли 2 (16,6%) хворих